UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1909-1910 N° 67.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DU SEIN

Chez l'Homme.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1910

PAR

Albert-Henri-Léon FLURIAN

Né à Sedan (Ardennes), le 5 avril 1881.

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

EX-INTERNE-SUPPLÉANT DE L'ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS DE LA CHARENTE

Examinateurs de la Thèse : MM. DEMONS professeur, *Président*.
POUSSON, professeur.
PRINCETEAU, agrégé.
ANDÉRODIAS, agrégé.
Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie L. DELBREL & Cie, 20, rue Condillac

1910

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1909-1910 N° 67.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DU SEIN

Chez l'Homme.

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 27 Juillet 1910

PAR

Albert-Henri-Léon FLURIAN

Né à Sedan (Ardennes), le 5 avril 1881.

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX
EX-INTERNE-SUPPLÉANT DE L'ASILE DÉPARTEMENTAL D'ALIÉNÉS DE LA CHARENTE

Examinateurs de la Thèse :
MM. DEMONS professeur, *Président*.
POUSSON, professeur.
PRINCETEAU, agrégé. } *Juges*.
ANDÉRODIAS, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie L. DELBREL & Cie, 20, rue Condillac

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES ..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. DUPUY.....
MASSE.....
PICOT.....
LANELONGUE.....
VERGELY.....
} Professeurs honoraires.

	MM.		MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN. PITRES.	Pharmacie.....	DUPOUY.
Clinique externe.....	DEMONS. VILLAR.	Matière médicale.....	BEILLE.
Pathologie et thérapeutique générales.	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique d'accouchements....	LEFOUR.	Clinique ophtalmologique.....	BADAL.
Anatomie pathologique.....	COYNE.	Clinique chirurgicale, infantile et Orthopédie.....	DENUCÉ.
Anatomie.....	GENTES.	Clinique gynécologique.....	CHAVANNAZ.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Physiologie.....	JOLYET.	Chimie biologique ...	DENIGÈS.
Hygiène.....	LAYET.	Physique pharmaceutique...	SIGALAS.
Médecine légale.....	L. LANDE.	Pathologie exotique..	LE DANTEC.
Physique biologique et électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DUBREUILH.
Chimie.....	BLAREZ.	Clinique des maladies des voies urinaires	POUSSON.
Histoire naturelle....	GUILLAUD.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez..... MM. MOURE.
Clinique des maladies mentales..... RÉGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. MONGOUR. CABANNES. VERGER. | MM. ABADIE. CRUCHET.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe. { MM. BÉGOUIN. VENOT. GUYOT. | Accouchements.... { ANDÉRODIAS. PERY.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... { MM. PRINCETEAU CAVALIÉ. | Physiologie..... MM. GAUTRELET. Histoire naturelle.. MANDOUL.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie..... M. BENECH. | Pharmacie..... { MM. BARTHE. LABAT.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Thérapeutique et Pharmacologie ..... MM. MONGOUR.
Médecine opératoire..... BÉGOUIN.
Accouchements..... PERY.
Physiologie ..... GAUTRELET.
Ophtalmologie ..... LAGRANGE.
Clinique dentaire ..... CAVALIÉ.
Anatomie et Physiologie élémentaires (Étudiants en chirurgie dentaire et Élèves sages-femmes)..... SELLIER.

Le Secrétaire de la Faculté: LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA GRAND'MÈRE

C'est vers elle que va la première pensée de ce travail. Qu'elle reçoive toute ma reconnaissance et l'expression de mon inaltérable souvenir.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30615331

A MA FEMME

Madame ALBERT FLURIAN

Ma toute dévouée collaboratrice, je dédie ces quelques pages, en la priant d'y voir un faible témoignage d'une grande affection.

A TOUS LES MIENS

A Monsieur Emile FORICHON

Sénateur,

Premier Président de la Cour d'Appel de Paris,

Commandeur de la Légion d'Honneur,

Membre du Conseil de l'Ordre de la Légion d'Honneur.

Je le prie de voir dans mon audace de placer son nom en tête d'un travail si modeste, l'expression de ma plus grande reconnaissance pour l'appui spontané qu'il m'a toujours prodigué.

Le nom du sénateur éminent qui m'a accordé toute sa bienveillance sera l'orgueil de toute ma vie médicale.

A Monsieur le Docteur RIEFFEL

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Docteur BÉGUIN

Médecin de 1re classe de la Marine,
Ancien Professeur à l'École du Service de Santé de la Marine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur le Docteur GUINON

Médecin en Chef des Hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A Monsieur MALINET

Agrégé de l'Université,

Proviseur au Lycée de Châteauroux,

Officier de l'Instruction Publique.

A L'ASSOCIATION AMICALE

des

ANCIENS ÉLÈVES DU COLLÈGE ET DU LYCÉE

DE CHATEAUROUX

A Monsieur LE DOCTEUR RABÈRE

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Bordeaux,

Chirurgien-Adjoint des Hôpitaux.

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur LE DOCTEUR DEMONS

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,

Membre correspondant de l'Académie de Médecine et de la Soeiété de Chirurgie,

Officier de la Légion d'Honneur,

Officier de l'Instruction Publique.

J'offre ce modeste travail avec le regret de n'avoir pu le faire digne de lui. Ces quelques pages ne traduisent qu'imparfaitement l'idée première qu'il a bien voulu me donner. Je les lui présente cependant avec la certitude d'avoir fait de mon mieux.

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, nous venons nous acquitter de la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers tous ceux qui furent nos maîtres.

Nos remerciements vont d'abord à nos Professeurs de la Faculté de Nancy : M. le Professeur Nicolas, qui nous enseigna les premiers principes d'anatomie; M. le Professeur Prenant, le maître incontesté de l'histologie; MM. les professeurs Gross et Bernheim, M. le docteur Etienne, qui guidèrent nos premiers pas au lit du malade.

A Bordeaux, MM. les docteurs Dubourg et Dumur achevèrent l'instruction médico-chirurgicale de nos premières années.

Pendant notre externat, dans les services de MM. les professeurs Moure et Dubreuilh, il nous fut permis d'acquérir les notions indispensables au praticien.

Nous emportons, avec l'amour de la clinique que M. le professeur Dubreuilh a si bien développé en nous, le souvenir de ses doctes leçons, qui, nous l'espérons, porteront leurs fruits.

Nos remerciements aussi à M. le docteur Frèche, qui nous a reçu avec tant d'affabilité à la Clinique dermatologique.

M. le docteur Bellat, pendant notre internat à l'Asile départemental d'aliénés de la Charente, nous prodigua

son savoir et sa bienveillance. Qu'il reçoive ici l'expression de notre gratitude.

Nous gardons un souvenir plein de reconnaissance de M. le professeur Villar et nous lui adressons avec joie le respectueux hommage de nos remerciements.

Que M. le professeur Arnozan reçoive l'expression de notre reconnaissance pour la sollicitude dont il nous a toujours entouré ; nous conserverons de son brillant cours de thérapeutique et des savants conseils d'un Maître si éminent, le plus fidèle souvenir.

Nous remercions MM. les professeurs Sabrazès et Mongour de l'accueil que nous avons toujours trouvé auprès d'eux et des précieuses leçons que nous avons puisées dans leur enseignement.

Nous prions M. le professeur Rieffel, de la Faculté de médecine de Paris, de vouloir bien agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance pour nous avoir si généreusement guidé dans nos recherches, en nous donnant des renseignements qui nous ont été précieux.

M. le docteur Guinon, de l'hôpital Trousseau, nous a obligeamment aidé de ses conseils; nous l'assurons de notre vive reconnaissance.

C'est un grand honneur que nous a fait M. le professeur Demons d'accepter la présidence de notre thèse. Avec notre profonde reconnaissance, nous le prions d'agréer tous nos remerciements. Sa haute valeur médicale et sociale a toujours fait notre admiration; nous n'oublierons ni ses conseils, ni ses exemples.

INTRODUCTION

Cette étude des tumeurs du sein chez l'homme, dont nous avons pris l'idée à la Clinique chirurgicale de M. le professeur Demons, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, n'est qu'un vague reflet des travaux de maîtres publiés jusqu'à ce jour. Nous nous efforcerons cependant d'y mentionner les observations les plus récentes de nos contemporains. Nous n'épuiserons pas la matière ; nous insisterons seulement sur les points les plus pratiques.

Mais avant de parler du malade qui fait le sujet de notre thèse, il nous a paru intéressant de faire des recherches bibliographiques. Les observations très nombreuses mais disséminées que nous avons recueillies dans les ouvrages classiques et dans les publications françaises et étrangères, ne constituent pas, comme chez la femme, une étude clinique complète ; ainsi, chez l'homme, certaines variétés de tumeurs ne possède qu'une symptômatologie imprécise, cependant l'ère moderne de l'anatomie pathologique a fait faire un grand pas à la question.

Dans un premier chapitre, nous ferons la genèse des tumeurs du sein chez l'homme.

Le second sera réservé tout particulièrement à la présentation du malade qui fait le sujet de notre thèse.

Dans le troisième, nous exposerons l'étiologie et la pathogénie des tumeurs du sein en général et particulièrement du cancer.

Dans le quatrième, nous noterons pour chaque diversité de tumeurs sa symptômatologie, son évolution, son diagnostic et son traitement.

Enfin, nous ajouterons quelques observations en y joignant nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Historique des tumeurs du sein chez l'homme. — La gynécomastie dans l'antiquité. — La période clinique de 1778 à 1883. — La période anatomo-pathologique de 1883 jusqu'à nos jours.

L'étude des tumeurs du sein chez l'homme est de date relativement récente.

En 1778, Ledran le premier leur réservait dans ses mémoires sur le cancer du sein cette courte mention : « On voit peu d'hommes avoir des cancers à la mamelle, mais on voit beaucoup de femmes attaquées par cette maladie ».

Cependant, l'antiquité nous a laissé une description incomplète de cas de gynécomastie; mais les Anciens ne signalent le fait qu'au point de vue du merveilleux et c'est à titre de curiosité que Paul d'Egine parle d'hommes aux grosses mamelles; il décrit pourtant des procédés opératoires.

Dussaussoy donne la première observation d'un homme atteint de cancer du sein, qu'il essaie de guérir par des inoculations de pourriture d'hôpital.

Après lui, Sédillot note deux cas, qu'il rattache, selon la tendance de l'époque, à un traumatisme antérieur.

En 1839, Nélaton donne sa thèse d'agrégation sur les tumeurs du sein. Il y rapporte un assez grand nombre de cas de mammite de la puberté et deux cas de tumeurs malignes, l'une extirpée par Richeraud, l'autre que Duval a enlevée trois fois chez un officier, obtenant enfin la guérison.

Morgagni constate aussi la rareté des tumeurs du sein chez l'homme (tome VIII, lettre 50), et cite deux cas : dans le premier, il s'agit d'un orfèvre porteur d'une tumeur au sein gauche; dans le deuxième, c'est un homme savant et noble qui fut atteint de cancer du sein, alors qu'il accomplissait sa trente-neuvième année.

La statistique de Tanchon, faite à Paris en 1840, donne le chiffre de 0,53 % comme moyenne de fréquence des tumeurs du sein comparativement aux tumeurs des autres organes.

Deux ans plus tard, Lisfranc présente à l'Académie de médecine un cancer qu'il a enlevé à un homme de quarante-cinq ans.

Auguste Bérard a réservé dans sa thèse sur le diagnostic différentiel des tumeurs du sein un chapitre à leur étude chez l'homme, mais ne cite aucune observation.

Cruveilhier relate plusieurs cas, dont trois personnels, et donne dans son anatomie pathologique une planche représentant un cancer fungiforme développé chez un homme de quarante-cinq ans.

Lebert cite un exemple de tumeur ancéphaloïde chez un homme de quarante ans.

Warren, dans son travail sur *The Tumours of the Breast*, consacre trois pages aux tumeurs du sein chez l'homme.

Birkett *(The diseases of the Breast)* traite de la question en six pages et parle d'un sarcome séro-kystique développé chez un homme de cinquante-deux ans.

A la même époque, Astley Cooper cite un cas de carcimone et Deguise fils présente à l'Académie de médecine un cancer encéphaloïde développé en six mois chez un homme de soixante-huit ans, avec ulcération et hémorragies répétées.

En 1852, paraît la thèse de M. Robelin, chirurgien militaire, intitulée : « *Du sein chez l'homme, de ses maladies* ». Cette thèse est le seul travail intéresssant en ce qui concerne les inflammations et les abcès, dont la description a été inspirée par M. le baron H. Larrey.

Vidal de Cassis extirpe un squirrhe.

L'année suivante, Velpeau publie des travaux intéressants sur les tumeurs du sein chez l'homme; il a observé treize ou quatorze cas de cancer; il achève de préciser la description clinique des tumeurs bénignes, qu'Astley Cooper avait séparées du cancer quelques années auparavant; il signale les tubercules de la mamelle; il traite de la mammite de la puberté et publie le fait d'un malade de seize ans qui fut guéri par une ponction. Il signale aussi les abcès, les kystes, dont on connaissait déjà l'existence par une observation due au docteur Arnott et publiée en 1839 dans le *London medical Gazette.*

Billroth et Pitha dans leur *Compendium de chirurgie* étudient les tumeurs du sein chez l'homme en quelques lignes.

En Italie, Corradi dans ses commentaires cite quelques cas et Milton, en Angleterre, en réunit un assez grand nombre dans ses « *Medico-Chirurgical Transactions* ».

En 1855, avec Verneuil, nous entrevoyons l'existence d'altérations syphilitiques des mamelles, alors qu'il présente des tumeurs gommeuses recueillies sur un homme mort à l'Hôtel-Dieu.

Cette même année, Hoffmann dans une thèse soutenue à Giessen (zur pathologie der mannlichen Brusdrüsen) cite le cas d'une tumeur kystique. Les *Annales* et *Bulletins de la Société de Médecine de Gand* contiennent une observation du professeur Burgraeve de kyste mammaire chez un homme ayant nécessité l'extirpation.

Bertherand, dans les *Annales Médicales de la Flandre Occidentale* de 1856, fait paraître un travail sur les tumeurs du sein chez l'homme.

Hugo Strumpff en 1859 publie deux cas de squirrhes.

M. Bryant, dans la *Lancette Anglaise* de 1868, donne la première observation d'un homme de quarante-cinq ans porteur d'une tumeur ayant tous les caractères cliniques de l'adénome.

Nous trouvons, en 1872, la thèse d'agrégation de M. Horteloup. C'est le premier travail le plus intéressant qui ait été

publié; elle contient une multitude de faits concernant la pathologie des tumeurs du sein ; seulement, à cette époque, l'étude anatomo-pathologique est encore peu développée; aussi, sur les soixante-deux cas qui y sont réunis, seize seulement retiennent l'attention du clinicien au point de vue microscopique.

La thèse du docteur Chenet, de 1876, apporte sept exemples nouveaux.

Celle de 1883, du docteur P. Poirier, marque une date dans l'étude des tumeurs du sein chez l'homme; toutes les observations nouvelles sont contrôlées par le microscope; cette thèse étudie une variété de tumeur, les tubercules de la mamelle, que Velpeau et Horteloup n'avaient fait que signaler et donne une étude clinique du cancer. Cette publication a guidé les travaux cliniques et histologiques des années suivantes et a conservé encore aujourd'hui sa valeur pathologique et histologique. Elle marque enfin le début d'une grande phase dans l'histoire des tumeurs du sein chez l'homme. Jusqu'en 1883, en effet, le diagnostic est établi sur de vagues données cliniques et incertain ; les nombreuses observations recueillies dans la dernière partie de cette thèse en constituent une preuve indéniable. A cette époque commence la période anatomo-pathologique : la plupart et les plus intéressants des faits, cités dans la suite, auront reçu la confirmation du microscope.

La thèse de Landry de 1884 ne renferme qu'une observation personnelle.

Depuis 1883, les cas cités sont nombreux, mais isolés.

C'est d'abord le travail de Gillette sur le carcinome du sein, paru dans l'*Union Médicale* du 13 août 1885, où il rapporte une tumeur chez un homme de 64 ans.

Puis le travail de Courtade (*Union Médicale*, 31 décembre 1885) sur l'épithélioma du sein chez l'homme; l'auteur dit n'en avoir trouvé que quatre cas dans la science et donne deux observations avec examen histologique à l'appui.

En 1887, l'étude de Schuchard paraît dans le journal : *Archiv für klinische Chirurgie.*

Cette même année, nous trouvons la présentation d'un myxo-épithélioma par M. Girode, à la Société anatomique de Paris.

L'année 1889 voit naître les travaux de Mertz, la statistique de Williams portant sur près de cent cas et les études de Schultess.

La Gazette Hebdomadaire de Montpellier du 14 novembre 1891 publie un mémoire d'Imbert.

En 1893, nous recueillons une étude de Friederich : en 1894, la thèse de M. Delacourt avec ses quatre observations inédites.

Puis c'est le travail de Desoil sur les tumeurs cartilagineuses du sein, paru en 1895.

En 1896, Fiedler fait une publication sur les tumeurs du sein, Ternet présente le 1er mai à la Société d'Anatomie une observation sur un épithélioma tubulé et Sengensse, dans les *Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, donne une étude du squirrhe du sein.

Les années suivantes, ce sont les thèses de M. Laforgue (1897), de M. Pigot (1898), l'observation de Beurnier à la Société de Chirurgie; en 1903, la relation faite par MM. Lavenens et Baillol à la Société Anatomique et la thèse de M. Guegan.

La Revue de Chirurgie de 1904 renferme d'intéressants travaux de MM. Delage et Massabiau sur les angiomes et les lipomes.

La même année, MM. Mauté et Daniel apportent à la Société Anatomique un cas de myxome pur.

M. Milian, en 1905, présente une tumeur du sein développée chez un diabétique et M. Jeanney donne sa thèse sur les tumeurs du sein chez l'homme et les résultats opératoires.

MM. Cornil et Campenon montrent, à la réunion de la Société Anatomique de février 1906, deux tumeurs du sein chez l'homme : un épithélioma tubulé et un fibro-adénome.

Enfin, en 1908, avec la publication M. N. Palermo sur les

tumeurs du sein chez l'homme, nous signalerons la présentation d'un carcinome faite par M. Ch. L. Gibson à la Société Anatomique de New-York (22 avril) et celles de MM. Morestin et Alglave à la Société anatomique de Paris.

La thérapeutique du cancer du sein a donné lieu à d'assez nombreux travaux : nous retiendrons les noms de Halsted, Willy-Meyer, Kuster, Esmarch, V. Langenbeck, Jaboulay, Doyen, etc.

Les hôpitaux de Bordeaux nous ont fourni des exemples de tumeurs du sein chez l'homme. La thèse de M. Guégan rapporte deux cas inédits, dont un cancer bilatéral, et dont l'observation est due à M. le professeur Villar. La thèse de M. Estradère signale un lipome dans le service de M. le professeur Piéchaud, dont on ne possède qu'une photographie. A la séance du 2 décembre 1907 de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, deux cas sont présentés : l'un vient du service de M. le professeur Chavannaz, l'autre a été vu et opéré par M. le professeur Princeteau.

Toutes ces observations, que nous avons réunies avec le plus grand soin, donnent d'une façon passagère l'histoire des tumeurs du sein chez l'homme.

La science nous réserve encore à ce sujet une longue série d'études au point de vue thérapeutique, mais avant de faire cette audacieuse esquisse, nous devons attendre l'auxiliaire précieux qui viendra nous donner les dernières conclusions.

CHAPITRE II

Tumeur du sein chez un jeune homme de dix-sept ans et demi.- Extirpation de la tumeur. — Examen histologique de M. le professeur agrégé Sabrazès. — Observation recueillie à la clinique chirurgicale de M. le professeur Demons.

(Inédite.)

Le 29 avril 1910 entrait à l'hôpital Saint-André de Bordeaux où il était admis salle 18, lit 8, un jeune homme de dix-sept ans et demi, garçon boucher, vigoureux, bien constitué, porteur d'une tumeur au sein droit.

Le père, distillateur, est sujet aux bronchites; il a eu il y a six ans une hémoptysie peu importante et depuis son état est assez satisfaisant.

La mère est morte en 1903 à l'âge de quarante ans des suites d'une opération sur l'estomac : depuis quelque temps, elle ne digérait plus ses aliments, ne prenait que peu de nourriture et s'amaigrissait chaque jour davantage. On n'a pas plus de renseignements sur la nature de cette maladie dont le dénouement fut fatal.

Pas d'antécédents collatéraux.

Pas d'antécédents personnels; quelques rhumes évoluant rapidement vers la guérison; pas de blennorragie; pas de syphilis.

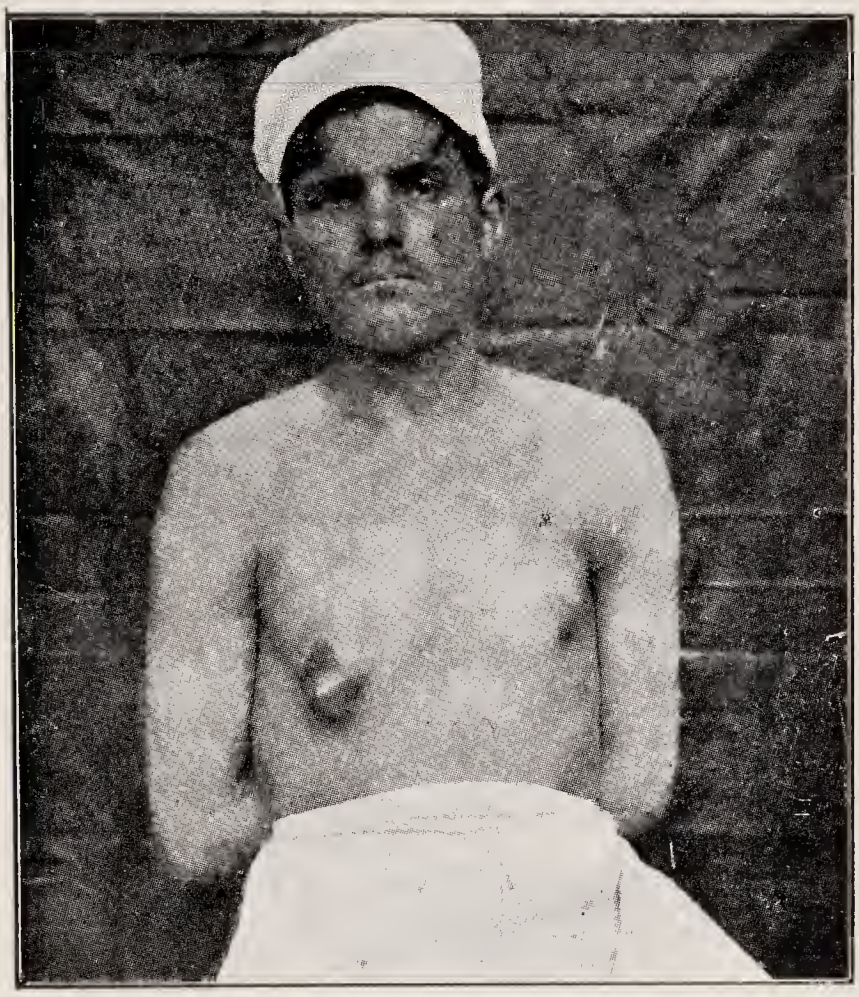
Le malade raconte qu'il y a sept ans il vit apparaître au niveau du sein droit une tumeur de la grosseur d'un pois qui a grossi

insensiblement dans la suite, pour atteindre approximativement le volume qu'elle présente aujourd'hui. La peau à son niveau était plus foncée que dans les régions voisines. Cette tumeur n'entraina jamais aucune espèce de gêne fonctionnelle et ne fut à aucun moment douloureuse ni à la pression, ni spontanément. Un médecin, que le malade consulta il y a deux ans, porta le diagnostic de kyste, bien qu'il n'ait pas ponctionné la tumeur.

Le 27 avril dernier, revenant à Bordeaux, notre malade fit une chute de bicyclette à La Tresne. Le choc porta sur la région mammaire droite. Le lendemain, la tumeur avait pris une coloration nouvelle ; la peau était rouge, à la partie antérieure principalement. Enfin, la tuméfaction jusque-là indolore, devint douloureuse même spontanément, et à un point tel que le malade, fortement inquiet, se présenta à la consultation de M. le professeur Demons.

L'examen du malade à son entrée à l'hôpital montre, au niveau de la région mammaire droite et à la situation précise qu'occupait le mamelon, une tumeur saillante, de la grosseur d'un œuf de pigeon, assez régulière, mais avec des saillies à contours imprécis, des mamelons à la partie postérieure, au niveau de la base. Cette tuméfaction présente une coloration bien différente de celle des régions voisines ; elle est rouge presque jusqu'à la base où l'on distingue nettement des formations vasculaires. Au sommet, la coloration est plus accentuée suivant une ligne horizontale. C'est précisément là que le choc, lors de la chute de bicyclette, avait porté : c'est une ecchymose. Du reste, au bout de deux jours de séjour salle 18, la tumeur avait repris une coloration plus claire, sa coloration normale, nous dit le malade.

Les renseignements fournis par la palpation nous disent que c'est une tumeur mobile sur les plans sous-jacents ; si l'on dit au malade de rapprocher de l'axe du corps son bras qui est en abduction et que l'on s'oppose à cette manœuvre, la tumeur conserve la même mobilité qu'elle a lorsque les pectoraux sont au repos. La peau adhère à la tumeur, on a la sensation de la peau d'orange. La tumeur est irréductible par la pression. Cette tumeur est nettement fluctuante à la partie antérieure, c'est-à-dire au sommet ; elle présente au contraire à son point d'union avec le thorax une base indurée, à consistance irrégulière, avec



Notre malade

Opéré à la Clinique chirurgicale de M. le professeur Demons, à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux, le 7 mai 1910.

des noyaux correspondant aux mamelons décelés par l'inspection. La fluctuation se confirme d'ailleurs par ce fait que la tumeur, examinée à l'aide d'un tube étroit et éclairé latéralement (examen à la lumière transmise), est transparente dans la région où la fluctuation est nette. Par contre, trois ponctions exploratrices pratiquées avec des aiguilles de fort calibre furent négatives.

La tumeur est mate à la percussion. Elle n'est pas pulsatile; comprimée, son volume reste constant.

La douleur qui existait au moment de l'entrée du malade à l'hôpital a disparu et la tumeur est comme auparavant complètement indolore; elle ne gêne en rien le malade qui peut se servir librement de son bras.

Pas d'élévation de température.

Les ganglions axillaires sont légèrement augmentés de volume : on en trouve un assez volumineux à gauche et deux plus petits à droite. Pas d'adénite des triangles sus-claviculaires; pas de ganglion dans les triangles de Scarpa.

Les appareils digestif et respiratoire sont indemnes.

Nous sommes très heureux des indications que M. le docteur Charbonnel a bien voulu nous donner et nous le prions de recevoir ici nos remerciements. Nous devons à l'obligeance de M. Perrot, externe du service, la très belle photographie que nous reproduisons et qu'il nous a paru très intéressant de communiquer, étant donné l'âge de notre sujet.

Le malade a été opéré de sa tumeur dans la clinique de M. le professeur Demons, le 7 mai 1910. L'opération n'offrit rien de particulier; la guérison se fit rapidement et le malade quittait l'hôpital.

M. le professeur agrégé Sabrazès a bien voulu faire l'examen histologique de la tumeur et nous en a donné l'analyse suivante :

« Tumeur de l'hypoderme, constituée par un tissu conjonctif jeune, riche en cellules (fibroblastes). Les fibres collagènes sont grêles. Des cellules adipeuses y sont interposées en grand nombre aux cellules conjonctives. Il existe beaucoup de petits foyers hémorragiques anciens ou récents, quelques lacs sanguins à parois simples mal structurées, creusées à même le tissu fibromateux. Il y a des territoires œdémateux, des îlots à cellules étoilées formant un certain appoint de tissu muqueux

sans hypersécrétion de mucine. Les cellules conjonctives jeunes sont mêlées à quelques lymphocytes et quelques mastzellen.

« Fibrome non œdémateux avec îlots lipomateux et muqueux. Ce fibrome, en pleine activité, n'évolue cependant pas en sarcome ».

CHAPITRE III

Identité anatomique des mamelles dans les deux sexes. Étiologie et pathogénie. — L'influence du traumatisme. — La théorie héréditaire. — Les théories parasitaires. — Égale fréquence des tumeurs aux deux seins. — Tumeurs bilatérales.

L'anatomie des mamelles apprend que leur constitution est semblable dans les deux sexes. Le corps mammaire est rudimentaire chez l'homme; les vaisseaux et les nerfs reconnaissent une même origine, ils sont seulement d'un volume moindre. Le parenchyme glandulaire se compose des mêmes éléments chez l'homme et chez la femme.

A la naissance, la ressemblance est complète : Natalis Guillot et Gubler ont montré que la sécrétion lactée, d'un véritable lait, existe aussi bien chez le petit garçon que chez la petite fille; cette sécrétion est même signalée comme constante : on la trouve chez la moitié des enfants au quatrième jour après la naissance; ceux qui en manquent au bout du septième jour formeraient une très rare exception.

D'après Gruber, une fois sur quatre, on réussit par de fortes pressions exercées sur la mamelle d'un homme adulte à extraire quelques gouttes de sérosité claire. On a signalé dans les deux sexes les mamelles surnuméraires et les mamelons surnuméraires, et si la polymastie semble plus fréquente

chez la femme, par contre, la polythélie paraît plus commune chez l'homme.

Cette identité anatomique explique que le corps mammaire peut être chez l'homme le siège, exceptionnel il est vrai, de néoplasmes épithéliaux analogues à ceux que l'on voit si souvent chez la femme.

L'étiologie des tumeurs du sein est complexe, car nombreuses sont les causes qui ont été invoquées pour expliquer leur apparition. On a incriminé successivement l'arthritisme, le nervosisme, les chagrins, les affections morales, toutes les diathèses, intoxications, maladies générales et infectieuses, la goutte, le diabète — témoin le malade de Milian —, le saturnisme, les irritations locales (eczéma, cicatrices), l'alcoolisme, la syphilis, la neurasthénie, l'érysipèle — qui agirait parfois aussi dans un sens favorable, puisque M. le Docteur Stein rapporte le cas de disparition d'une tumeur du sein à la suite d'un érysipèle chez un sujet de quarante-huit ans.

Poirier parle d'un carcinome du sein consécutif à un zona guéri depuis longtemps ; M. le Docteur Romieu dans sa thèse cite trois observations de zona au cours de tumeurs du sein chez des malades dont l'affection s'était nettement propagée au rachis ; Charcot et Cotard en 1865 signalaient déjà la coexistence des tumeurs du sein et du zona.

La maladie de Paget peut, comme chez la femme, être l'origine d'un néoplasme ; quelques auteurs ont fait mention du squirrhe disséminé.

Le traumatisme a eu pendant longtemps une influence prépondérante : aussi Williams le met-il 14 fois en cause sur 30 cas ; M. Le Clerc dans sa thèse inaugurale de 1833 soutient que le traumatisme joue un rôle considérable dans l'évolution des tumeurs, il lui adjoint toutefois une prédisposition particulière, la diathèse néoplastique. Palermo lui-même, en faisant remarquer la fréquence des tumeurs du sein dans les classes laborieuses, semble sacrifier à cette même tendance.

C'est encore à la façon d'un traumatisme qu'ont agi les succions répétées dans le cas de Poirier. C'est encore le traumatisme qui est mis en jeu dans les contusions chroniques professionnelles, les frottements continus, et bien connu l'exemple de ce soldat atteint de cancer du sein consécutif à la pression produite par la bretelle du sac militaire.

L'hérédité a eu aussi ses partisans : tel Hallopeau, écrivant dans sa pathologie générale : « on est forcé d'en admettre la réalité quand on voit dans certaines familles des néoplasmes de même nature se développer dans les mêmes organes et cela pendant plusieurs générations ». Tel Récamier. Tel encore J. H. Power, lorsqu'il rapporte l'observation suivante : « Il y a deux ans, un malade fut opéré d'un squirrhe au sein droit et l'année suivante d'une glande maligne sous l'aisselle. Le malade cancéreux a eu deux frères et huit sœurs ; le père est mort à quarante-six ans d'un cancer au sein gauche ; la mère à quatre-vingt six ans, de vieillesse ; des deux frères, l'un mourut à soixante-cinq ans d'un cancer du larynx et l'autre à vingt-quatre ans, d'un cancer sous le bras gauche. Quatre de ses sœurs sont mortes de cancer du sein ; deux d'entre elles vivent encore, mais sont atteintes de cancer bilatéral du sein ; la septième est morte jeune ; la dernière mourut à la suite de couches ».

Warren rapporte aussi le cas d' « un homme qui mourut d'un cancer à la lèvre et qui eut un fils et deux filles, qui succombèrent tous trois à un cancer du sein ; ses petits-enfants succombèrent aussi à une affection carcinomateuse du sein ».

L'hérédité a cependant ses adversaires : Herbert Snow lui refuse toute influence et base son opinion sur une statistique de plus de mille cas publiée dans le Lancet de février 1898 ; M. le Docteur Fabre dans sa thèse de 1892, Fiessinger, Boas rejettent toute influence héréditaire et pour Brand la présence du cancer chez plusieurs membres d'une famille après la mort de l'un d'eux serait une preuve, non d'hérédité, mais d'infection certaine.

D'ailleurs, les statistiques données par les partisans de

l'hérédité n'ont rien de concluant : Piorry dans son étude déclare que sur les 97 cas réunis par Récamier, 4 seulement sont franchement héréditaires. Butlin, qui avait tenté de reconstituer l'histoire familiale du cancer du sein, avait dû admettre que l'hérédité ne se rencontre que dans le tiers des cas et admettre aussi une hérédité procédant par bonds, atavique. Brannan donne une statistique qui serait plutôt en faveur de la non hérédité. Winiwarter dans son étude des carcinomes mammaires trouve l'influence héréditaire dans 5, 8 % des cas.

Poirier note trois fois l'hérédité sur cent observations.

Williams a trouvé sept fois cette hérédité et dans trois cas l'ascendant avait présenté un cancer du sein. Les partisans de la théorie de la désorientation cellulaire admettent que le cancer n'atteint pas les jumeaux « même issus de famille régulièrement cancéreuse » ; M. Manichon publie dans sa thèse une observation en faveur de cette opinion.

Enfin on pourrait être tenté de penser que l'hérédité des tumeurs bénignes doit être plus grande que celle des tumeurs malignes. En effet, les tumeurs malignes, à évolution rapide, sont un accident dans la vie de l'individu ; les tumeurs bénignes au contraire font corps avec le sujet qui en est porteur et constituent une malformation transmissible par hérédité, au même titre que les qualités physiques.

Les inflammations du sein constitueraient une cause prédisposante.

L'hypertrophie de la mamelle antérieure à l'apparition du néoplasme est aussi à noter. Nous la trouvons signalée par quelques auteurs : ainsi Schuchardt dit que « la mamelle de son malade était démesurément grosse pour un homme » ; Berns rapporte que « les seins de son malade avaient commencé à se développer énormément dès sa jeunesse, étaient extraordinairement gros et ressemblaient à de puissantes mamelles de femme ».

Restent les théories parasitaires. Nombreuses furent les recherches sur l'origine parasitaire du cancer il y a une

vingtaine d'années, alors que Fabre Doumergue lançait les premiers principes de la théorie bactérienne, qui n'est plus aujourd'hui qu'une hypothèse. Les bactéries et les levures, puis les sporozoaires furent tour à tour les agents pathogènes. Von Leyden a décrit dans les cancers glandulaires et dans le cancer du sein en particulier sous le nom de Vogelaugen un pseudo-parasite, dont l'existence a été contestée.

Ce bref résumé de toutes les causes incriminées dans la production des tumeurs du sein chez l'homme prouve notre ignorance sur la question étiologique, C'est qu'en effet la nature intime des néoplasmes nous échappe. Mettre en avant toutes les diathèses ne constitue pas une explication ; l'existence antérieure de manifestations arthritiques invoquée par M. Le Clerc ne prouve rien, puisque l'arthritisme se retrouve partout. L'influence du traumatisme est passée aujourd'hui au second plan ; en effet, le traumatisme est fréquent et les tumeurs sont rares. Les auteurs anglais ont été les premiers à battre en brèche la théorie héréditaire dont on avait trop exagéré la portée : nous croyons que le cancer en général, étant une maladie que l'on observe très fréquemment, le fait de le rencontrer chez plusieurs membres d'une même famille ne constitue nullement une preuve en faveur de l'hérédité. Le cancer est encore aujourd'hui une maladie dont nous ne connaissons pas l'origine réelle et au sujet de laquelle il reste beaucoup à faire. Telle était la tuberculose à la fin du dix-septième siècle : la notion d'hérédité était seule mentionnée et celle de spécificité, de beaucoup plus importante, était méconnue.

M. Jeanney dans ses conclusions dit que « les causes susceptibles de produire l'éclosion de la tumeur sont à peu près les mêmes chez l'homme et chez la femme ». Nous constatons cependant qu'en dehors des tumeurs dues à l'allaitement, les néoplasmes du sein sont d'une bien plus grande fréquence chez la femme. Nous ne cherchons pas une expli-

cation à ce fait, ne voulant pas sortir du cadre que nous nous sommes imposé.

« Une chose nous a frappé, dit Poirier dans son chapitre réservé à l'étiologie, c'est l'extrême fréquence des cas publiés dans les recueils anglais... Ainsi sur 100 cas que nous avons trouvés, 60 environ ont été vus en Angleterre ; la France et l'Allemagne se partagent le reste... » Il y aurait donc une prédisposition particulière à certaines races. Nous ne le croyons pas; si à l'époque à laquelle Poirier a publié sa thèse, les observations anglaises étaient les plus nombreuses, nous attribuerons le fait à l'inexactitude des auteurs à publier les cas dans les autres pays.

On a noté aussi l'influence de l'âge, nous mentionnerons les travaux faits à ce sujet en étudiant les diverses tumeurs.

Quel sein est le plus souvent atteint? Horteloup sur 30 observations a vu la tumeur 17 fois à gauche; Poirier a observé aussi la plus grande fréquence au sein gauche ; une de ses statistiques donne 23 cas à gauche et 13 à droite. D'autres auteurs accordent une prépondérance au sein droit : Williams, (38 cas à droite, 33 à gauche); Guido von Torok, (64 cas à droite, 48 à gauche); Palermo, (137 cas à droite, 105 à gauche). Nous croyons pouvoir conclure de ces diverses opinions que les néoplasmes atteignent indifféremment les deux seins et avec une fréquence à peu près égale.

Enfin, on a signalé la bilatéralité des tumeurs du sein chez l'homme : Poirier en rapporte un cas dans sa thèse ; Williams l'a observée trois fois ; MM. Pigot et Guégan mentionnent chacun dans leur thèse une observation ; Palermo dans son étude la note chez neuf malades.

L'extrême fréquence des tumeurs du sein chez la femme fait considérer celles du sein de l'homme comme une rareté. Les statistiques comparatives donnent des chiffres excessivement faibles : dans la totalité des cancers du sein, la part de l'homme représente une proportion de 1 °/₀, d'après Williams ; cet auteur a rencontré 19 cas de tumeurs malignes

chez l'homme (16 cancers et 3 sarcomes), pendant qu'il a trouvé 1965 tumeurs (1873 cancers et 92 sarcomes) chez la femme. Palermo donne le chiffre de 1,35 $_0/^0$. Nous relevons dans la thèse de M. Laforgue une statistique de M. Chalot destinée à montrer la fréquence du cancer du sein chez l'homme et chez la femme : pendant les années 1891 à 1896, ce chirurgien a pratiqué 84 opérations de tumeurs malignes du sein ; 79 malades étaient des femmes, 5 fois seulement le sujet était un homme.

CHAPITRE IV

Hypertrophie de la mamelle. — Tumeurs bénignes. — Tumeurs malignes : Symptomatologie, évolution, diagnostic, traitement.

Horteloup, pour qui il y a tumeur de la mamelle lorsque « celle-ci présente une exagération pure et simple de son volume », commence l'étude des tumeurs du sein par son hypertrophie. La gynécomastie est la première anomalie signalée. Renauldin en rapporte une observation complète dans les mémoires de la Société médicale d'Emulation de 1797. Bédor en 1812 et plus tard en 1836 publie plusieurs cas et montre un sujet « chez lequel la consistance de la mamelle était la même que chez la femme. »

Les seins se développent à la puberté : cette règle souffre des exceptions, car Villeneuve parle « d'un homme de 60 ans, père de famille, chez lequel les seins auraient pris un développement considérable vers l'âge de 50 ans. »

Généralement, cet état coïncide avec une apparence chétive, un faible développement des organes génitaux et des caractères qui rapprochent le sujet de la femme. Chassaignac décrit en 1846 un curieux cas de gynécomastie chez un jeune homme de 27 ans qui, après avoir présenté un facies viril à l'âge de 22 ans, vit, à la suite d'une syphilis ayant amené une orchite double, tous les caractères de la virilité disparaître. « A 27 ans, écrit Chassaignac, ses formes extérieures

étaient celles d'une femme : peau blanche, cheveux longs, point de barbe, voix féminine, seins développés, formes rondes, peu de force musculaire. » On rapporte que Bédor en voyant son sujet crut avoir devant lui une femme ayant intérêt à cacher son sexe.

Le Professeur Galliet de Reims insiste sur la coïncidence des tumeurs du sein chez l'homme avec l'atrophie d'un ou des deux testicules, avec la castration, avec les orchites de l'adolescence et Lereboullet note surtout les orchites ourliennes. Ce tableau n'est pas toujours très exact : Bertherand publie le cas d'un jeune homme de 16 ans dont les mamelles avaient le volume d'un poing et il rapporte que « les organes génitaux avaient également un volume excessif » ; le Professeur Galliet aurait observé un jeune homme de 18 ans, gynécomaste, avec tous les attributs d'une complète virilité.

Jules Cloquet, en 1828, recherchant quelle était la constitution anatomique de ces grosses mamelles, montra qu'elles étaient formées « par un amas de graisse, sans nul rudiment de glande mammaire. »

Bédor et Larrey attribuent à cette hypertrophie de graves inconvénients : ce serait une preuve d'impuissance et Larrey verrait là une cause d'exemption du service militaire.

L'hypertrophie d'un seul sein peut exister aussi, mais plus rarement. Horteloup signale qu'Ansiaux rapporte dans sa clinique chirurgicale que « Moès a la mamelle gauche aussi développée que celle d'une femme. » Labbé a présenté un cas à la Société de chirurgie et divers auteurs ont admis que, dans le cas d'hypertrophie d'une seule mamelle, le testicule correspondant devait être amoindri.

Comme traitement, les Anciens réclamaient l'ablation de la masse graisseuse ; Horteloup, voyant sans doute dans la gynécomastie une tendance scrofuleuse, parle d'un régime tonique pour relever la constitution ; Renauldin a préconisé l'usage du corset dans le cas où le poids devenait gênant.

En réalité, le traitement de la gynécomastie est des plus simples ; nous rapportons à notre cinquième chapitre l'obser-

vation très résumée d'un cas de gynécomastie à bascule, dans lequel les deux seins ont été pris successivement, le deuxième ayant été atteint après le retour à l'état normal du premier. Un traitement tout à fait anodin, consistant en applications de pommade et de pansements humides antiseptiques, avaient donné les meilleurs résultats.

« Toutes les variétés de tumeurs peuvent se rencontrer », ont écrit Poirier et Horteloup. On observera donc des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes.

Tumeurs bénignes.

Nous signalerons tout d'abord comme tumeurs bénignes du sein chez l'homme les affections inflammatoires qui donnent lieu aux abcès sous-cutanés ou sous-mammaires. Larrey aurait observé plusieurs fois cette dernière variété ; Chassaignac et Velpeau citent plusieurs cas de la première et Velpeau ajoute que la suppuration de la glande mammaire doit être bien rare ; il n'en trouve qu'un exemple chez un domestique de 23 ans. Depuis cette époque, nombre de chirurgiens ont affirmé avoir ouvert des abcès mammaires chez l'homme.

Parmi ces affections inflammatoires de la mamelle, nous rangerons la mammite de la puberté et la mammite de l'adulte, dont la terminaison par suppuration a été signalée comme une exception. Lorsque ces suppurations se produisent, elles se font avec lenteur. Enfin, la mammite peut prendre une forme chronique et Horteloup décrit, d'après les observations de Larrey et de Velpeau, « un gonflement douloureux de la glande, qui peut devenir très grand, comparable à un sein ordinaire, avec tuméfaction des glandes axillaires », dont l'évolution et la durée sont extrêmement longues.

Chassaignac décrit même un phlegmon rétro mammaire, remarquable par sa marche rapide ; en deux à cinq jours, suivant l'expression de Bumm « la glande flotte dans le pus ».

Les pansements antiseptiques humides, les pulvérisations continues peuvent empêcher la suppuration. Lorsque celle-ci s'est produite, nous conseillerons l'incision large et précoce et le drainage.

Les kystes ont été assez souvent observés : Velpeau, Arnott, Gowland, Hoffmann, Roux parlent de kytes séreux ; Th. Auger rapporte le cas d'un kyste multiloculaire avec végétations proliférantes ; Velpeau et Burgraeve citent des kystes sébacés ; il existe des exemples de kystes séreux ou laiteux. L'ablation chirurgicale est la seule thérapeutique.

Les travaux de Delage et Massabiau signalent l'existence des angiomes du sein et leur rareté « au double point de vue clinique et anatomique. » Il existe sept cas d'angiome du sein chez l'homme dans la littérature médicale. Williams en rapporte deux ; Bland Sutton, Kolzi, Althorp en notent chacun un ; Klebs donne deux observations.

Un des caractères importants de l'angiome est d'apparaître dans les premières semaines ou les premiers mois de la vie ; sauf le cas de Klebs qui est un vieillard, l'âge des autres varie de sept à dix-sept ans.

Il y a deux sortes d'angiomes : cutanés ou intra-glandulaires.

L'angiome sous-cutané du sein est semblable à celui que l'on rencontre dans toute autre région anatomique. Il forme une tumeur lobulée, de petit volume, réductible à la pression, mobile sur les plans sous-jacents ; la peau qui le recouvre glisse à sa surface ; elle est normale ou légèrement teintée en bleu.

Parfois, la peau est envahie secondairement. Quelquefois aussi, la glande mammaire elle-même, qui reste habituellement ou indemne, ou légèrement comprimée, ou atrophiée par l'angiome, peut participer au processus morbide. Cette lésion de la glande constitue l'angiome intra-mammaire, l'angiome du sein proprement dit. Ce serait même là le mode de formation habituel de cet angiome intra-glandulaire ; l'angiome primitif, s'il existe, serait infiniment rare. Il offre les mêmes caractères anatomiques que les angiomes glandulaires en général : l'atrophie simple des éléments glandulaires. Il est généralement diffus ; une seule observation rapporte qu'il était enveloppé par une capsule nette. Il offre tous les signes d'une tumeur érectile.

L'angiome glandulaire du sein a été remarqué dans les deux sexes avec une égale fréquence; l'angiome sous-cutané aurait presque toujours été observé chez l'homme, puisqu'une statistique portant sur cinq cas relate que quatre fois le sujet était un homme.

Nous empruntons à l'étude de MM. Delage et Massabiau la partie relative au diagnostic de ces tumeurs : « On pourra affirmer l'angiome toutes les fois qu'on sera en présence d'une tumeur molle, occupant le siège de la glande mammaire, animée de battements, réductible, indolente, survenue dès les premiers mois de la vie. Lorsque les kystes se sont développés dans la tumeur ou que celle-ci est en voie de régression, on pourra soupçonner l'angiome quand on sera en présence d'une tumeur liquide, nettement fluctuante, mobile sous la peau et sur les parties profondes, indolente, sans retentissement ganglionnaire. La forme du sein est conservée. L'angiome forme une tumeur unilatérale. Enfin, l'examen histologique seul permet un diagnostic précis. »

Le traitement consistera dans l'excision simple dans le cas d'angiome sous-cutané; l'ablation de la glande s'imposera lorsqu'on sera en présence d'un angiome intra-mammaire. Notons enfin qu'on a parlé tout récemment du traitement de l'angiome par l'air chaud.

Le lipome du sein est sous-cutané, intra-glandulaire ou rétro-mammaire. Ces tumeurs sont rares; la science n'en renferme que cinq observations : celle de Williams sur un lipome pur de la région mammaire chez un homme de trente-trois ans; celle de Paget, qui rapporte le cas d'une tumeur graisseuse chez un sujet de trente-cinq ans; celle de M. Queirel (de Marseille), sur un fibro-lipome dont le porteur est âgé de soixante-quatre ans; celles de nos Maîtres, M. le Professeur Demons, que nous rapporterons à notre cinquième chapitre, et M. le Professeur Piéchaud, déjà citée.

Le lipome sous-cutané forme une tumeur indolente, circonscrite, molle ou pâteuse, donnant à la main qui palpe,

suivant l'expression de MM. Delage et Massabiau, la sensation d'une boule de mie de pain roulée entre les doigts. Cette tumeur est mobile, libre d'adhérences soit avec la peau qui a conservé sa coloration normale, soit avec les plans sous-jacents. Elle évolue lentement, sans retentissement sur l'état général; lent aussi est le progrès de la tumeur. Cependant, on a signalé l'évolution cancéreuse possible du lipome et, hors le cas où la tumeur trop volumineuse nuit à l'esthétique, cette considération doit seule guider l'intervention.

Le lipome intra-glandulaire est très rare. Il ne présente pas chez l'homme des caractères cliniques spéciaux, sauf le privilège d'un diagnostic plus précoce que chez la femme, en raison du petit volume du sein. Il forme, dit Astley Cooper, « une tumeur constituée par des paquets graisseux intra-glandulaires ramifiés, qu'une dissection très simple isole. »

Le lipome rétro-mammaire a les mêmes caractères que le lipome sous-cutané. Né sous la glande, il va s'accroître en la repoussant. C'est lui qui généralement atteint les plus grandes dimensions.

La seule confusion possible est avec le sarcome. La lenteur de l'évolution, la conservation de la mobilité, l'intégrité de la peau sus-jacente servent grandement au diagnostic différentiel.

L'extirpation est le seul traitement.

Palermo, dans son étude clinique sur les tumeurs du sein chez l'homme, rapporte que l'on a observé 5 cas d'adénomes, 22 adéno-fibromes ou fibro-adénomes, 9 cysto-adénomes.

Les adénomes s'observent à tous les âges de la vie, de quatorze à soixante-quatre ans, mais surtout de vingt à quarante ans.

Les adénomes purs sont rares, puisque Palermo dans sa statistique n'en rapporte que cinq cas. L'un d'eux a été relaté par Parona dans une publication italienne; Bryant dans la Lancette anglaise de 1868 en cite un autre; une troisième observation est due à Velpeau qui décrit un adénoïde en

chou-fleur. Quant aux adéno-fibromes ou fibro-adénomes, Palermo signale que « les tumeurs adénomateuses avec prédominence de l'élément épithélial (adéno-fibromes) sont plus rares que celles où l'élément fibreux est le plus abondant (fibro-adénomes) » ; sur les 22 cas réunis dans sa statistique, il y a 3 adéno-fibromes.

Nous n'insisterons pas sur les formes anatomiques d'adénomes que l'on peut rencontrer ; l'examen histologique pouvant déceler toutes les variétés. Nous ajouterons que ce point n'est pas très bien établi chez l'homme, car la plupart des observations d'adénomes datent de l'époque à laquelle l'anatomie pathologique ne jouait encore qu'un rôle secondaire.

Le volume de ces tumeurs chez l'homme reste si faible que beaucoup d'entre elles sont longtemps méconnues. Par la lenteur de leur évolution, elles rappellent la mastite chronique. Le diagnostic différentiel se base sur ce fait que : le fibro-adénome a une délimitation assez nette et présente de légères nouures ; la mastite forme une tumeur diffuse et de plus elle est souvent bilatérale.

Il faut encore distinguer l'adénome du cancer. Dans l'adénome, l'évolution est lente ; il est rare de voir le sommeil du malade troublé par de violentes douleurs ; sa surface est plus lisse ; l'extension moins rapide. Les arborisations vasculaires cutanées sont moins apparentes et la peau ne présente pas une coloration livide comme dans le cancer. On n'a pas de ganglions dans l'aisselle.

Le pronostic de ces tumeurs doit être réservé. Malgré la bénignité intrinsèque des adénomes, leur évolution possible en épithélioma et surtout en adéno-sarcome constitue une indication d'intervention précoce. L'ablation de ces tumeurs est du reste assez aisée, grâce à leur encapsulement. Les cysto-adénomes présentent le même caractère bénin et la même indication thérapeutique.

Virchow, dans son traité des tumeurs, décrit le fibrome du sein et, s'inspirant des faits cliniques cités par Nélaton,

Verneuil et Lefort, il estime que le fibrome est la tumeur bénigne qui doit survenir le plus souvent au sein de l'homme. Horteloup lui même écrit : « Je n'ai pas trouvé d'observation portant le titre de fibromes, cependant il est certain que le fibrome doit exister chez l'homme, je dirai même que cette altération doit être assez fréquente chez l'homme. » Les plus récentes statistiques viennent confirmer ces opinions et le fibrome est la tumeur bénigne dont Palermo relève le plus grand nombre d'observations (26). Nous leur adjoignons un nouvel exemple.

Le fibrome est peut-être la tumeur dans l'étiologie de laquelle le traumatisme semble jouer le plus grand rôle. Un choc sur le sein peut produire un point de mammite localisée qui subira plus tard l'évolution fibreuse.

Le début est le plus souvent insidieux; c'est tout à fait incidemment que le malade découvre la petite tumeur dont il est porteur. Quelquefois, le néoplasme révèle son apparition par de légères et vagues douleurs ou par quelques picotements.

Généralement, la tumeur est superficielle; ses relations avec la peau sont variables; sans adhérence avec elle, dans certains cas, elle offre parfois des rapports étroits avec les parties sus-jacentes et notre malade en est un exemple; la peau présente alors un aspect chagriné et donne à la main qui palpe la sensation d'une peau d'orange. La tumeur est mobile sur les plans sous-jacents.

Le volume du fibrome du sein chez l'homme peut atteindre la grosseur d'une noisette ou d'une noix. Sa forme est arrondie ou ovoïde, régulière dans son ensemble. Sa surface montre de petites nodosités nettement séparées du tissu ambiant, des mamelons ou une fine lobulation. Sa consistance est ferme, quelquefois rénitente, souvent dure. La pression est indolore. Cependant, lorsque la tumeur affecte des rapports avec des filets nerveux, elle peut être le siège de douleurs intolérables, témoin le malade dont parle Nélaton dans ses cliniques et auquel il fit, suivant le procédé de Rufz pour

guérir la névralgie du sein chez la femme, la section sous-cutanée des filets nerveux.

Richard a considéré comme pathognomonique des tumeurs bénignes l'écoulement par le mamelon qui avait été décrit sous le nom de signe de Nélaton. Les observations de Richard ne confirmaient pas complètement ses assertions et depuis on a reconnu cet écoulement par le mamelon dans tous les cas de tumeur, écoulement qui traduit seulement la participation du tissu glandulaire au processus morbide. M. Coyne ne lui attribue aucune valeur pour le diagnostic et le pronostic.

On a observé des fibromes diffus ou circonscrits et des fibromes multiples; dans ce dernier cas, chaque tumeur généralement petite, présente les mêmes caractères.

Les fibromes purs constituent « une rareté pathologique » ; Bilroth, Cornil et Ranvier n'en signalent pas. Le plus souvent, pour ne pas dire toujours, le tissu fibreux est associé à d'autres tissus pathologiques; ainsi la tumeur de notre malade nous représente un fibrome avec ilôts lipomateux et muqueux. Les fibromes purs, sans éléments glandulaires, n'offrent rien de spécial : ce sont au point de vue histologique des fibromes fasciculés et au point de vue clinique des tumeurs qui ne diffèrent des fibromes mixtes que par une surface plus lisse et plus régulière.

Le fibrome du sein chez l'homme participe à toutes les propriétés des tumeurs bénignes, celle de se transformer en tumeur maligne et surtout en sarcome. On trouve quelques cas de terminaison heureuse dans l'évolution spontanée du fibrome : ainsi MM. Labbé et Coyne ont rapporté un exemple de tumeur « détruite dans sa totalité par la gangrène et éliminée. »

Le diagnostic important est avec le cancer. La lenteur de l'évolution, l'absence de douleur, la délimitation nette, la régularité de la surface, l'isolement de tous les tissus voisins, lorsqu'il existe, permettent de différencier le fibrome d'avec une tumeur maligne.

La thérapeutique chirurgicale est la seule ressource.

On a signalé aussi dans la mamelle les myomes et les myxomes. Nous rapportons à notre cinquième chapitre un exemple de myxome pur. Ce sont des tumeurs excessivement rares : la science ne possède de chacune d'elles qu'une seule observation.

Nous avons fait du traitement chirurgical la seule thérapeutique de toutes les tumeurs bénignes. Il nous reste à dire comment doit s'appliquer ce traitement.

En premier lieu, nous conseillerons l'intervention aussi précoce que possible et nous ne reviendrions pas sur la transformation possible en tumeurs malignes, si ce n'était pour faire remarquer que cette évolution est, non seulement une possibilité, mais bien une réalité. M. de Quervin a observé trois fois une dégénérescence maligne secondaire sur un total de vingt tumeurs.

Ensuite, s'il existe des tumeurs encapsulées, on trouve aussi des néoplasmes bénins diffus. Pour les tumeurs facilement énucléables, la technique opératoire est des plus simples et sans grande mutilation : une incision suivant leur grand axe, une simple dissection au moyen d'une pointe mousse et après l'ablation, une réunion par première intention. On peut drainer, si l'on craint la supuration.

Pour les fibromes diffus, il faut savoir être généreux et franchir nettement les limites de pénétration du tissu néoplasique dans le tissu sain, et même procéder à l'ablation du sein, dans les cas de menaces d'aggravation ou de sphacèle.

Le docteur Poirier dans sa thèse fait l'étude du tubercule de la mamelle. Depuis, cette tumeur a été l'objet d'un certain nombre de travaux.

La tuberculose de la mamelle se présente sous la forme disséminée et se révèle alors par des abcès et des fistules qui s'ouvrent au dehors, — ou sous la forme de tuberculome dur, que l'on peut confondre avec un point de mammite ou un cancer.

Ordinairement, la disproportion entre la tumeur et l'adénite axillaire, le ramollissement et la suppuration précoces des ganglions, quelquefois même l'apparition d'adénopathie antérieure à la tumeur fixeront le diagnostic.

Enfin, nous citerons les altérations syphilitiques de la mamelle.

Boissier de Sauvages a été le premier à signaler les gommes de la mamelle sous le nom de cancer vérolique. Après lui, Verneuil a entrevu les tumeurs gommeuses du sein et plus tard Lanceraux décrivit une mastite diffuse ou syphilitique et une mastite circonscrite ou gommeuse.

En général, les tumeurs gommeuses du sein chez l'homme sont difficiles à diagnostiquer. Les antécédents du malade, les accidents syphilitiques concommittants mettront sur la voie du diagnostic. L'évolution de la tumeur pourra être aussi d'un précieux secours.

Un traitement d'épreuve par le mercure ou par le traitement mixte iodo-mercuriel, auquel les tumeurs gommeuses cédent d'ailleurs, fixera le diagnostic en cas de doute.

Si la gomme est ramollie, si l'ulcération du derme est imminente, il est préférable d'inciser et de drainer. L'application de topiques ou même de nitrate acide de mercure terminera l'opération.

La mastite a une évolution rapide. En peu de temps la tuméfaction gagne tout l'organe; on constate une adénopathie précoce.

Le chancre du sein a été aussi observé chez l'homme, quoique très rare.

Le chancre simple est très exceptionnel ; comme tous les chancres simples extra-génitaux, il guérit facilement.

Le chancre syphilitique forme un anneau ou un croissant à la base du mamelon. Son fond vernissé, grisâtre ou rouge sombre, le distingue du fond terne et inégal de l'ulcère cancéreux. La marche plus rapide de son évolution et de l'adénopathie guidera le diagnostic.

Tumeurs malignes.

« Toutes les tumeurs malignes ont été observées dans la glande mammaire de l'homme, sous les formes les plus rapides et les plus lentes », écrit Poirier dans sa thèse.

Palermo, dans sa statistique, relève 649 carcinomes divers et 24 sarcomes.

C'est surtout au déclin de la vie, de cinquante à soixante ans, que s'observent les tumeurs malignes. Les statistiques qui suivent confirment cette opinion. Une première, dont l'auteur nous est inconnu, donne :

10 à 20 ans (12 ans).....	1 cas
20 à 40 —	3 —
40 à 50 —	7 —
50 à 60 —	14 —
60 à 80 —	9 —

Horteloup, dans sa thèse, rapporte le tableau ci-dessous, en faisant remarquer que l'âge des sujets n'a pas été signalé par tous les auteurs et qu'il ne se trouve que dans 52 cas :

De 20 à 30 ans.....	2 cas
30 à 40 —	6 —
40 à 50 —	16 —
50 à 60 —	13 —
60 à 70 —	12 —
Au-dessus de 70 —	3 —

Poirier, d'après ses recherches, en est arrivé aux conclusions suivantes :

De 20 à 30 ans.....	1 cas
30 à 40 —	7 —
40 à 50 —	15 —
50 à 60 —	16 —

De 60 à 70 — ..... 15 cas
70 à 80 — ..... 3 —
80 à 90 — ..... 1 —

Les chiffres suivants, dus à Fiedler, donnent :

2 âgés de moins de 20 ans
9 — de 20 à 30 ans
20 — de 30 à 40 —
54 — de 40 à 50 —
59 — de 50 à 60 —
50 — de 60 à 70 —
16 — de 70 à 80 —
2 après 80 ans.

Staussmann a recherché l'âge moyen correspondant au développement du cancer du sein chez l'homme; il s'est arrêté au chiffre de 51,71. D'après Palermo, ces tumeurs s'observeraient de 40 à 75 ans et sur 349 sujets, 3 seulement avaient moins de 15 ans.

Nous reproduisons le tableau ci-dessous qui établit une comparaison chez l'homme et chez la femme :

	Plus jeune âge.	Age moyen.	Plus grand âge.
H.	20	50	82
F.	22	48	84

L'affection débute le plus souvent insidieusement et c'est le hasard qui la fait reconnaître par le malade. Elle se découvre plus tôt chez l'homme que chez la femme, parce que le tissu graisseux étant moins abondant, elle devient plus rapidement apparente.

Dans quelques cas, la douleur est le premier symptôme, mais rarement. Staussmann est à peu près seul à signaler la douleur au début. Poirier admet la douleur dans plus de la

moitié des cas, mais « généralement elle survient après un temps plus ou moins long et son arrivée coïncide avec l'accroissement brusque que subissent à un moment donné presque toutes les tumeurs du sein ». Il admet bien que souvent, la tumeur par son volume et son indolence reste assez longtemps sans attirer l'attention du malade, puisque le relevé de ses observations donne que :

5	malades	sont venus	consulter avant	1	an.
6	—	—	au bout de	2	ans.
4	—	—	—	3	—
4	—	—	—	4	—
2	—	—	—	5	—
1	—	—	—	6	—
2	—	—	—	9	—
1	—	—	—	10	—
1	—	—	—	15	—

Ce qui fait un peu plus de trois ans après le début de la tumeur, lorsque le malade se présente devant le médecin.

Velpeau a écrit : « soutenir que le cancer n'est jamais douloureux n'est point dans une pensée ; appuyé sur un grand nombre d'observations, j'affirme seulement qu'il ne l'est pas toujours, que la plupart des cancers ne le sont qu'à une période assez avancée et que dès lors la douleur ne peut pas servir à distinguer le cancer des tumeurs bénignes. »

Quelquefois, la douleur est intolérable : tel le malade de Tillaux, que « la douleur seule décida à entrer à l'hopital et à solliciter une opération ».

Cette douleur pourra faire toujours défaut et Poirier rapporte le cas d'un épithélioma qui ne se révèla que par une ulcération du mamelon. Gillette, dans son observation à la Société de chirurgie de 1885, dit que « la tumeur ne donnait lieu à aucune douleur locale, irradiée ou provoquée et que l'on pouvait même frapper à sa surface sans que le malade s'en ressentit. »

Lorsqu'elle existe, la douleur revêt les formes les plus variables et M. Lannelongue rapporte le cas d'un malade qui ne souffrait que dans le décubitus dorsal et chez lequel la tumeur était indolore, lorsqu'il était debout ou assis.

Le volume des tumeurs malignes est variable ; les indications données par les auteurs disent qu'elles peuvent aller du volume d'une chataigne au volume d'une tête de fœtus : le plus habituellement, elles acquièrent des proportions intermédiaires que l'on compare à la grosseur d'une noix, d'un œuf, d'un poing.

Poirier cite un fait qu'il considère comme très important, c'est que « la tumeur, après être restée pendant un temps plus ou moins long avec un très petit volume, subit brusquement une augmentation considérable. »

La tumeur est dure, bosselée, irrégulière et, d'après Horteloup, la fausse fluctuation que l'on trouve si souvent chez la femme, fait défaut chez l'homme.

La peau participe au processus morbide : elle se plisse, se ratatine ; dans certains cas, elle est violacée, couverte de veinosités. Il est presque toujours très difficile de l'isoler de la tumeur. Très rarement, la peau est mobile sur la tumeur et les observations, qui mentionnent cette intégrité de la peau, sont rares.

On a noté aussi l'envahissement du grand pectoral et par suite l'immobilité de la tumeur sur les plans profonds.

La rétraction du mamelon, l'ulcération ont été observés assez souvent. L'ulcération a été rencontrée 111 fois sur 225 malades ; le plus souvent, elle est petite, irrégulière, à bords nets, indurée, peu profonde, adhérente au néoplasme sous-jacent.

L'hémorragie est une complication que Poirier signale dans trois observations et chaque fois, il s'agissait de cancers mous ; l'un d'eux était un encéphaloïde.

L'adénite axillaire est ordinaire dans le cancer du sein, d'après Poirier ; Horteloup l'a trouvée 21 fois ; dans un cas, elle était accompagnée d'adénite cervicale. Il la signale

cependant comme inconstante, car sur 28 ulcères cancéreux, 9 ne s'accompagnaient pas d'adénite axillaire. Gillette rapporte que chez son malade, on observait une légère induration axillaire, mais pas de ganglions proprement dits. Dans deux cas, nous avons trouvé mentionnée l'adénite sus et sous-claviculaire.

L'écoulement par le mamelon est fréquent ; cependant l'existence d'un liquide pathologique (pus) est exceptionnel ; l'écoulement de sang pur, survenant spontanément, paraît dû presque toujours aux épithéliomas dendritiques ; une seule observation décrit un liquide lactescent.

L'état général reste bon ordinairement ; dans quelques cas, on avait de la cachexie cancéreuse : ces cas répondaient à des faits d'extension et de généralisation. D'après Imbert, cette généralisation est tardive le plus souvent et c'est dans les os que se font le plus souvent les dépôts métastatiques. On trouve dans les travaux de Williams des exemples de dépôts cancéreux dans les clavicules, les tibias, les humérus, les vertèbres, le sphénoïde, la base du crâne. Delarue déclare que, pour le système osseux, les vertèbres sont le siège de prédilection des dépôts secondaires : « le cancer du sein s'accompagne plus souvent que celui de n'importe quel autre organe de dépôts secondaires dans le rachis. » M. le Professeur Rieffel, dans sa thèse de 1890, cite les lymphatiques, la voie veineuse et la voie embolique comme voies d'extension : comme Poirier, il signale les généralisations viscérales, surtout dans le foie, puis dans les poumons.

Nous trouvons aussi l'observation d'un malade qui mourut d'une pleurésie de voisinage et à l'autopsie duquel on vit « des masses cancéreuses analogues dans le pancréas et dans les reins. » Une communication de Verneuil à l'Académie de médecine mentionne les épanchements pleuraux consécutifs au cancer du sein, mais n'en donne aucune explication, puisqu'elle fait remarquer que « cette complication se trouve aussi dans les cancers éloignés, dans le cancer utérin chez la femme. »

Cacciola a vu un épithélioma du sein déterminer chez un homme un foyer secondaire dans le cœur.

Enfin, Trousseau dans ses admirables lecons cliniques écrit : « depuis longtemps, j'avais été frappé de la fréquence de l'œdème douloureux chez les individus cancéreux, œdème qui pouvait s'observer sur les membres supérieurs ou inférieurs, quel que fut le siège du cancer... On voit les tumeurs cancéreuses de l'estomac ou du sein donner naissance à cette même phlegmatia. »

L'anatomie pathologique nous montre toutes les variétés de tumeurs malignes.

La forme la plus fréquente est le carcinome (249 cas cités dans la statistique de Palermo) et surtout le carcinome fibreux ou squirrhe. Le squirrhe atrophique est celui qui a été le plus souvent observé ; on a trouvé aussi la forme globuleuse, le squirrhe pustuleux ou disséminé, le squirrhe en masse ou en cuirasse.

Ce dernier est rare. « En pareil cas, la peau est épaisse et rugueuse, comme du cuir, chagrinée, avec de petites tâches roussâtres qui s'étendent et confluent pour former de larges plaques envahissant peu à peu la région qu'elle recouvre comme d'une cuirasse. La région devient alors chaude, douloureuse, sensible au moindre contact. » (Palermo).

Le squirrhe disséminé ou maladie de Paget n'est représenté que par quelques observations.

Le cancer encéphaloïde serait assez peu commun, si l'on s'en rapporte aux statistiques de Poirier, qui donne cinq cas de cancer encéphaloïde sur une soixantaine de squirrhes, et de Williams qui, sur quatre-vingt onze cancers, note quatre-vingt huit squirrhes et trois encéphaloïdes.

Le cancer mélanique a été cité trois fois par Poirier ; Williams en rapporte une observation ; Palermo le note huit fois dans sa statistique.

Le sarcome a été décrit par Poirier, sous toutes ses formes : sarcome nucléaire, sarcome fuso-cellulaire, sarcome encé-

phaloïde. Au début, c'est un petit noyau en imposant facilement pour un fibrome ; bientôt ce noyau s'accroît, se mamelonne, ulcère la peau et atteint un volume assez gros. L'état général, qui était resté bon pendant les premiers mois, décline alors rapidement.

On a observé aussi l'épithélioma : Poirier dans sa thèse en cite quatre cas et l'un d'eux, emprunté à Horteloup, a trait à un épithélioma lobulé. L'un des deux cas présentés par Cornil et Campenon en 1906 est un épithélioma tubulé ; Palermo relève dix-sept cas d'épithéliomas à cellules embryonnaires. On aurait même vu l'épithélioma pavimenteux.

Le plus fréquent est l'epithélioma alvéolaire ; l'épithélioma tubulé s'observerait plus souvent que chez la femme, mais se présenterait rarement à l'état pur, toujours plus ou moins associé aux formes squirrheuses ou alvéolaires.

Un dernier genre d'épithélioma de la région mammaire est constitué par l'épithélioma de la peau du sein : un peu plus fréquent chez l'homme que chez la femme, il a été signalé trois fois par Williams.

Les cylindromes ont fait l'objet de controverses et demandent, à notre avis, une étude plus approfondie.

La marche du cancer du sein chez l'homme est lente en général. Poirier met trois ans et demi en moyenne comme durée de l'affection. D'après nos recherches, nous admettrons que le squirrhe a une durée variable : deux ans généralement, parfois trois ou quatre. Nous avons trouvé des observations dans lesquelles la durée a été de six, huit et treize ans. Le cancer en cuirasse a été signalé comme étant la variété la plus lente ; l'épithélioma alvéolaire a une évolution variable de un à trois ans. Palermo note que l'épithélioma à cellules embryonnaires, dont il rapporte plusieurs observations, atteint en quelques mois un gros volume et ulcère la peau. Les statistiques de cet auteur, se basant sur 218 cas, en mentionnent 36 ayant duré moins d'un an, 115 dont la durée varie de un à quatre ans, et sept qui ont présenté une évolution de plus de quatre ans.

Rapportant au cancer du sein chez l'homme ce que nous trouvons dans le cancer en général, nous pouvons dire que la rapidité de développement est d'autant plus grande que la prolifération du tissu épithélial l'emporte sur celle du tissu conjonctif. C'est ce qui nous explique la lenteur d'évolution de beaucoup de squirrhes atrophiques et l'extension rapide des cancers encéphaloïdes.

Le pronostic est cependant moins grave que chez la femme. Tous les auteurs ont été d'accord sur ce point. Horteloup écrit : « les formes les moins mauvaises des tumeurs malignes sont peut-être les plus fréquentes. » Poirier déclare que « dans plus de la moitié des cas, elles se montrent sous les formes les moins mauvaises. » Gillette dans l'Union médicale rapporte que « le carcinome fibreux est une des formes les plus fréquentes dans le sein de l'homme, mais cette variété semble avoir cela de particulier qu'elle est peu active, qu'elle est moins grave que chez la femme, qu'elle évolue plus lentement du moins, qu'elle tend à se généraliser moins rapidement et qu'elle laisse par conséquent plus de temps à l'opération chirurgicale »

Quelques cas graves ont été cependant relatés. Lawrence dans ses médico-chirurgical transactions, dit : « une masse énorme d'une substance très dure, très coriace, recouvrait la poitrine jusqu'à la clavicule et remplissait l'aisselle. Les côtes et la peau étaient comprises dans la tumeur.» H. Larrey rapporte qu'un de ses malades « se trouvait inopérable en raison de la diathèse cancéreuse qui s'était localisée sur d'autres points, notamment sur le rectum. » Enfin dans la maladie de Paget, même avec intervention précoce, le pronostic est mauvais. Plus sombre encore dans le cancer bilatéral et le cancer en cuirasse.

Le diagnostic du cancer du sein chez l'homme n'est pas plus aisé, mais du moins, en raison du moindre volume de la glande, il peut être plus précoce que chez la femme.

Il faut surtout distinguer le cancer avec l'adénome et le fibrome. Ce diagnostic a déjà été fait, en étudiant ces diverses tumeurs.

Le traitement du cancer du sein a été l'objet de nombreux travaux.

Verneuil avait vanté le bicarbonate de soude à haute dose associé au fer et au quinquina. M. Lediberder cite le cas d'une tumeur du sein remontant à trois mois, ayant toutes les apparences d'un squirrhe avec dégénérescence ganglionnaire de l'aisselle et dans lequel le traitement de Verneuil aurait amené au bout de quelque temps une diminution de la tumeur et des ganglions. Ce résultat serait resté stationnaire pendant deux ans et demi.

Jaboulay, de Lyon, suivant qui le cancer aurait pour germe une myxosporidie se rapprochant de l'hématozoaire du paludisme, a préconisé le traitement par la quinine en injections sous-cutanées et en cachets. Il présente à la Société de chirurgie de 1900 une tumeur du sein avec adénopathie axillaire et tendances à l'ulcération ; les résultats auraient été excellents. Il insiste sur la nécessité d'administrer la quinine à haute dose ; il emploie le bromhydrate, en injections sous-cutanées d'un gramme cinquante ou deux grammes par jour. Ces injections sont douloureuses ; lorsqu'elles sont faites en plein tissu cellulaire, elles entraînent des indurations et c'est pour cette raison que l'on doit alterner ce traitement avec l'administration de la quinine par la voie buccale, à hautes doses également. Ce dernier mode d'absorption présente aussi un inconvénient, il provoque des phénomènes d'intolérance.

Le docteur Doyen a proposé le traitement par les injections anti-cancéreuses. Nous n'avons rien trouvé concernant le cancer du sein chez l'homme. La seule observation est celle de M. Chaput qui a présenté une malade atteinte de récidive rapide et d'aggravation notable de l'état général à la suite de ce traitement, pour un cancer du sein.

La pâte arsénicale a pu soulager beaucoup de malades et devra être souvent employée. Cependant, elle est la cause d'atroces et longues douleurs ; aussi a-t-on proposé de la remplacer par une solution faible d'acide arsénieux, que l'on emploie après avoir fait une série de pointes de feu.

Le docteur Becker de Londres a récemment employé dans le cancer les hypochlorites alcalins en injections sous-cutanées. La solution à injecter se prépare en faisant dissoudre 2 grammes 50 de potasse et 2 grammes de soude dans 500 centimètres cubes d'eau distillée et en faisant traverser à cette solution un courant de chlore lavé. On injecte chaque jour un centimètre cube à deux centimètres cubes dans la région ganglionnaire de la tumeur : dans le cas du cancer du sein, c'est au niveau des régions deltoïdienne ou sous-claviculaire. Ces injections auraient surtout un bon effet sur les douleurs.

Enfin, nous citerons la morphine. Dans des cas rares ou dans les périodes d'extension de cancer du sein, la morphine, quoique sans action directe sur le cancer, sera une ressource contre la douleur.

Lorsque le traitement chirurgical pourra être employé, il constituera l'intervention de choix.

Quel que soit le procédé opératoire employé, le traitement aura d'autant plus de chances d'être efficace qu'il sera plus précoce et que l'exérèse sera plus large. On devra pratiquer l'évidement axillaire comme chez la femme. M. E. Kuster, de Berlin, parle d'extirper le contenu de l'aisselle, même si on ne peut sentir la moindre glande. Esmarch enlève tous les ganglions axillaires et, à son avis, s'ils sont tellement adhérents aux vaisseaux et aux nerfs qu'on ne puisse pas les avoir, s'il n'y a pas d'autre infection à constater, il est permis de désarticuler tout le bras : il cite un cas de guérison sans récidive obtenue de cette façon.

Malheureusement les récidives sont nombreuses.

Nélaton, dans sa thèse d'agrégation, faisait entrevoir leur existence, en rapportant que Duval avait extirpé trois fois de suite une tumeur du sein chez un officier.

Poirier a noté 12 cas de récidives et il ajoute que « le plus souvent, elles se font *in situ, en ondules,* le long ou autour de la cicatrice ». Il a trouvé deux fois la récidive dans les ganglions.

Gillette raconte le cas d'un malade opéré une première fois, chez lequel une récidive nécessita « un râclage de deux côtes » et qui présenta peu après une nouvelle récidive.

M. Jeanney, dans sa thèse, dit que les récidives se produiraient dans 60 °/₀ des cas, et, dans le tableau suivant, il indique la date d'apparition des récidives d'une façon assez précise :

Dans	9	cas,	elle apparut	de 1 à 3	mois.
—	4	—	—	à 6	—
—	1	—	—	8	—
—	1	—	—	10	—
—	1	—	—	12	—
—	3	—	—	15	—
—	1	—	—	18	—
—	2	—	—	24	—

Wolkmann a écrit sur les récidives des tumeurs malignes en général : « Lorsque après l'opération, un an entier s'est écoulé sans récidive, on est en droit d'espérer une guérison durable; après deux ans, cette guérison est probable; au bout de trois ans, elle devient prəsque certaine. »

Cette opinion, qui constitue une loi en Allemagne, a été combattue par M. le Professeur Rieffel, qui a vu des cancers récidiver après plus de trois ans.

Dans le cas particulier, nous pouvons conclure que la durée de la période latente, fût-elle même très longue, ne nous permet pas d'assurer une guérison absolue et certaine.

La récidive a lieu chez l'homme comme chez la femme,

mais d'une façon moins maligne; elle est plus lente à se produire et elle est encore susceptible de guérison.

Parfois, la nature de la tumeur change et dans deux observations de Poirier, des carcinomes fibreux récidivèrent en encéphaloïdes.

Dans les cas de tumeurs inopérables, M. V. Langenbeck signale l'agent thermique comme un excellent palliatif; le thermo-cautère constitue alors « un moyen héroïque » pour calmer les douleurs.

On a proposé le traitement par la radiothérapie, lorsque la chirurgie était impuissante.

Depuis 1896, année pendant laquelle le docteur Despeigne a eu recours aux rayons X pour un cancer stomacal, les travaux se sont multipliés en vue d'appliquer la radiothérapie aux cancers inopérables du sein. MM. les Docteurs Mondain, Clarke, Bryant et Biraud (de Poitiers), ont successivement contribué à l'étude de cette thérapeutique.

M. le Docteur Fatôme, dans sa thèse, rapporte les brillants résultats obtenus par les rayons X.

Seulement, certains squirrhes ne régressent qu'incomplètement sous leur influence. Parfois même, il se présente une difficulté insurmontable : pour peu que le cancer du sein soit un peu profondément situé, les rayons X ne peuvent l'atteindre; il persiste un noyau induré et si l'on veut pousser plus loin l'application de la radiothérapie, on expose le malade à la radiodermite.

M. le Docteur Fatôme parle enfin de l'association de la chirurgie et de la radiothérapie; il ajoute que les récidives sont toujours à redouter.

Il nous a été possible, en étudiant les traitements du cancer du sein chez l'homme, d'en décrire un certain nombre et nous en concluons que le traitement de choix est l'ablation aussi précoce et aussi large que possible. Nous ne nous

arrêtons pas sur le traitement par le radium dans le cancer du sein chez l'homme; nous ne l'avons trouvé mentionné dans aucune des thèses parcourues et nulle observation ne nous a guidé dans nos recherches.

Enfin, en pratiquant l'examen histologique de diverses tumeurs du sein, on rencontre quelquefois dans le stroma conjonctif des noyaux cartilagineux. D'après Hacker, on les observe surtout dans le cancer. Il faut ajouter que ces noyaux sont si petits qu'ils ne donnent lieu à aucun symptôme clinique et ne présentent par suite qu'un intérêt histologique.

Les enchondromes du sein assez volumineux par eux-mêmes pour constituer une tumeur sont très rares dans les deux sexes : les cas que Cooper et Cruveilhier avaient signalés chez la femme ont été mis en doute. Bien plus exceptionnel encore chez l'homme, ils n'auraient été l'objet d'aucune observation. Celle de Foucher, rapportée par Horteloup dans sa thèse, et considérée comme l'unique cas d'enchondrome cité, représente une tumeur ayant pris naissance, non pas dans la mamelle, mais dans les parties voisines; elle venait du cartilage de la cinquième côte.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Gynécomastie primitive à bascule. (Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux).

(Dr Rocher)

Il s'agit d'un homme de trente et un ans chez qui s'est développée une hypertrophie du sein droit à vingt-cinq ans, pendant la période de ses fiançailles. Il y a un an et demi, sous l'influence d'un traitement anodin, l'hypertrophie mammaire a regressé. Il y a six mois, spontanément, la glande mammaire gauche s'est développée à son tour. Comme la droite jadis, elle fait une saillie appréciable, mesure 8 centimètres 5 de largeur sur 8 centimètres de hauteur. A aucun moment, de l'un ou de l'autre côté, il n'a existé de sécrétion lactée. On est en présence d'un cas de gynécomastie primitive à bascule à apparition tardive.

La pathogénie de cette maladie paraît difficile à trouver : peut-être l'éréthisme génésique de la période des fiançailles a-t-il pu jouer quelque rôle ?

Angiome du sein.

(Williams)

Garçon de dix-sept ans. Angiome de la région mammaire. Toute la région mammaire, même la peau, se trouve envahie. Mais à la naissance, celle-ci était indemne. Il existe deux

tumeurs distinctes réunies par un trajet induré, toutes deux formées de tissu érectile avec un peu de graisse. La plus petite contient un kyste plein de liquide séreux.

Angiome du sein.

(Williams)

Garçon de sept ans, porteur d'une tumeur discoïde du diamètre d'une demi-couronne, située à un pouce au dessus et un peu en dehors du mamelon droit. Le mamelon et l'auréole sont normaux.

La dissection de ce néoplasme, adhérent de toutes parts, montre qu'il s'agit d'un kyste à liquide brun jaunâtre, grumeleux. Au-dessous, les muscles intercostaux font défaut.

Pour Williams, ce kyste est un angiome dégénéré.

Lipome de la région mammaire simulant un sein.

(M. le Professeur Demons).

Au mois de mars 1897, à la consultation de M. le Professeur Demons, se présente un homme de quarante à quarante-cinq ans, bien constitué, porteur d'une tumeur de la région mammaire.

L'aspect de ce sein rappelle exactement celui d'une jeune fille de quinze à seize ans ; son volume est celui d'une petite orange. Le mamelon est légèrement proéminent. La palpation permet de sentir une tumeur molle, lobulée, du volume d'une mandarine. A côté et en dehors, on trouve nettement la glande mammaire qui semble augmentée de volume. La peau glisse à sa surface ; elle est même mobile sur les plans profonds. On ne remarque pas d'altération de la peau, pas de ganglions, pas de circulation supplémentaire. La tumeur avait débuté quelques années auparavant, sans que le malade puisse préciser l'époque de son apparition.

Malheureusement, l'extirpation n'a pas été pratiquée, le malade s'étant refusé à toute intervention.

Myxome du sein chez l'homme.

MM. Mauté et Daniel apportent à la Société Anatomique de Paris en 1904, une tumeur gélatiniforme du volume d'un œuf

environ, développée chez un homme de trente ans. Située dans la région mamaire, à un travers de doigt au-dessous du mamelon, cette tumeur présente tous les caractères du myxome pur ; elle est constituée :

1° Par de grandes cellules fusiformes anastomosées par des prolongements longs, fins et onduleux ;

2° Par des cellules rondes et petites, à protoplasma assez coloré ;

3° Par des cellules rondes, plus grandes, à protoplasma plus clair.

Ces deux variétés sont situées au milieu du tissu muqueux. En certains points existent des cavités remplies de tissu muqueux sans cellules.

Epithélioma bilatéral.

(M. le Professeur Villar. — *In-thèse* de M. Guégan)

« M. X...., âgé de 71 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels, n'a jamais été malade. Son père et sa mère sont morts de vieillesse.

Vers la fin de l'année 1901, le malade ressentit des picotements dans le sein droit. Peu de temps après, apparut sur le mamelon une petite ulcération saignante, qui se recouvrit d'une croûte noirâtre. Les picotements ressentis au début augmentèrent de plus en plus et ne tardèrent pas à se transformer en véritables douleurs. L'ulcération augmentant d'étendue, le malade fut effrayé et se décida à venir à Bordeaux.

Etat actuel. — Sur le mamelon droit existait une ulcération mi-saignante, mi-croûteuse ; les parties environnantes étaient indurées. La glande est mobile sur les plans profonds. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le mamelon gauche était un peu rétracté et induré.

Au mois de janvier 1902, je pratiquai l'ablation du sein droit et bien que la lésion du sein gauche me parut suspecte, je ne voulus pas y toucher, à cause de l'état général du malade.

Au mois de juin 1903, j'ai vu le médecin habituel de mon opéré et j'ai appris que la petite lésion du sein gauche avait marché

très rapidement depuis quelque temps et qu'il y avait une véritable tumeur néoplasique.

L'examen histologique révèle un épithélioma tubulé ».

Tumeur du sein chez un diabétique.

M. Milian présente à la Société Anatomique de Paris, en 1905, une tumeur du sein développée chez un diabétique. L'évolution s'est faite en quelques mois. Il s'agit d'un épithélioma glandulaire.

Cancer du sein chez l'homme. (Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux. — 2 décembre 1907).

M. Latronche montre une pièce provenant d'un sein enlevé à un homme par M. le Professeur Chavannaz, d'après le procédé Willy-Meyer.

Cet homme, âgé de soixante ans, avait vu depuis trois ans une tumeur grossir à la partie externe du sein gauche et un léger écoulement séreux se produire par un point ulcéré à la partie latéro-externe du mamelon. Cette tumeur était adhérente à la peau et aux parties profondes ; le mamelon rétracté ; mais on ne constata pas de ganglions à l'examen clinique. Le malade, cultivateur de profession, n'avait pas d'antécédents morbides, ni de traumatisme sur lesquels on put baser une étiologie. Cette tumeur de la grosseur d'un œuf semble être un squirrhe.

D'après ses recherches, M. Latronche croit que parmi les tumeurs du sein chez l'homme, la présence du squirrhe est de 5 à 6 %.

M. le Professeur Princeteau extirpa un squirrhe du sein chez un homme âgé de soixante ans. L'ablation des ganglions de la région axillaire fut fort pénible et même il fut obligé d'en laisser certains qui avaient contracté des adhérences intimes avec les vaisseaux. Il n'y avait pas de ganglions. A l'opération on en trouva un petit sous le petit pectoral.

Carcinome du sein.

M. Ch. Gibson présente à la Société de Chirurgie de New-York du 22 avril 1908, un homme de soixante-deux ans qui était venu à lui avec une tumeur du sein droit, ayant les dimensions d'une

paume d'adulte et adhérente à la paroi costale. Pas de ganglions axillaires. La tumeur fut enlevée et réparée au moyen de greffes.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un carcinome typique.

Sur l'évolution épithéliomateuse cornée du fibrome lacunaire de la mamelle. (Réunion biologique de Bordeaux.)

MM. Coyne et Brandeis présentent à la Réunion Biologique de Bordeaux du 7 mai 1907 des préparations provenant d'un fibrome lacunaire du sein dans lequel quelques culs-de-sac glandulaires ont subi une transformation de leur épithélium aboutissant à la constitution de masses cornées. C'est, au sein d'une masse fibromateuse, l'évolution de quelques éléments glandulaires dans le sens de l'épithélioma pavimenteux lobulé. Ces associations sont très rares et il est exceptionnel de les pouvoirs saisir sur des coupes histologiques d'une façon aussi évidente.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs du sein chez l'homme n'ont été étudiées que dans l'ère moderne. Tous les auteurs s'accordent à en signaler la rareté.

II. — La constitution anatomique et physiologique des mamelles est la même dans les deux sexes. Chez l'homme, elles sont seulement plus rudimentaires.

III. — De nombreuses causes ont été invoquées pour expliquer l'apparition des tumeurs du sein chez l'homme. Aucune n'est positive et, en réalité, nous ignorons leur véritable origine.

IV. — Les tumeurs bénignes ne se rencontrent qu'exceptionnellement. Elles évoluent lentement, ne se généralisent pas, n'ont pas de retentissement sur l'état général. Leur évolution maligne possible est la seule raison d'intervention. La plupart sont encapsulées et ne donnent lieu qu'à une thérapeutique chirurgicale conservatrice.

V. — Les tumeurs malignes du sein chez l'homme ont une évolution moins rapide que chez la femme : leur pronostic est moins grave. L'intervention chirurgicale est le traitement de choix. Les récidives sont fréquentes, mais moins que chez la femme, et sont susceptibles de guérison. Enfin, les chances de succès de l'intervention seront d'autant plus grandes que celle-ci sera plus précoce et que l'éxérèse sera plus large.

Vu : Bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
DEMONS.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 12 juillet 1910.
Le Recteur de l'Académie,
THAMIN.

Vu : le Doyen,
A. PITRES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALGLAVE. — Cancer du sein. (Société anatomique, 1908.)

BALZER. — Maladies vénériennes. (Nouveau traité de médecine et de thérapeuthique Brouardel et Gilbert.)

BELLOME. — Tumeurs bilatérales du sein. (Bordeaux, 1904.)

COURTADE. — Mémoire sur l'épithélioma du sein. (Union médicale, 31 décembre 1885.)

CHAVANNAZ. — Squirrhe du sein. (Société anat. de Bordeaux, 1907.)

DEMONS. — Lipome de la région mammaire. (*Revue de Chirurgie*, 1904.)

DUVAL (P.). — Maladies de la mamelle. (Nouveau traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.)

FATOME. — Traitement des cancers superficiels et des cancers du sein par les rayons X. (Bordeaux, 1904.)

FORGUE. — Précis de pathologie externe.

GIBSON. — Carcinome du sein. (Société anatom. de New-York, 1908.)

GILLETTE. — Sur le carcinome du sein. (Union médicale, 13 août 1885.)

GIRODE. — Myxo-épithélioma du sein. (Soc. anat. de Paris, 1887.)

GUÉGAN. — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. (Bordeaux, 1903.)

HORTELOUP. — Des tumeurs du sein chez l'homme. (Paris, 1872.)

IMBERT. — Mémoire sur le cancer. (*Gazette hebdomadaire de Montpellier*, 14 novembre 1891.)

JACCOUD. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.

JEANNEY. — Cancer du sein chez l'homme. Résultats opératoires. (Montpellier, 1905.)

LAFORGUE. — Cancer du sein chez l'homme. (Toulouse, 1897.)

MANICHON. — Sur l'hérédité du cancer, 1895.

MASSABIAU et DELAGE. — Des angiomes et des lipomes du sein chez l'homme (*Revue de Chirurgie*, 1904.)

MAUTÉ et DANIEL. — Myxome du sein chez l'homme. (Société anatomique de Paris, 1904.)

MILIAN. — Epithélioma du sein chez un diabétique. (Société anatomique de Paris, 1905.)

MONTHOUX. — Contribution à l'étude du cancer bilatéral du sein, 1900.

MORESTIN. — Cancer du sein chez l'homme. (Société anatom., 1908.)

POIRIER (P.). — Contribution à l'étude des tumeurs du sein chez l'homme. Etude clinique du cancer. (Paris, 1883.)

PALERMO. — Tumori del la mamella maschile. Studio critico-clinico.

PIGOT. — Etude sur le cancer du sein chez l'homme. (Paris, 1898.)

POULET et BOUSQUET. — Pathologie externe.

PRINCETEAU. — Squirrhe du sein. (Société anatomique de Bordeaux, 1907).

RECLUS et PEYROT. — *Manuel de pathologie externe.*

RIEFFEL. — Les mamelles chez l'homme. Anomalies de la mamelle. (POIRIER. Anatomie humaine.)

Revue de Chirurgie. Années 1883, 1904.

ROMIEU. — Le zôna dans le cancer du sein (Lyon, 1900.)

THOMAS. — Le cancer, 1906.

TROUSSEAU. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. Leçon XCVI

Bordeaux. — Imprimerie L. DELBREL & Cie, 20, rue Condillac.